



Apreciado/a paciente de Sentara,

Como proveedores de atención médica, nos interesa el bienestar de nuestros pacientes desde el momento en que llegan al hospital hasta que se les da de alta y reciben la factura.

Entendemos que los gastos de atención médica a menudo son imprevistos y que puede parecer abrumador cumplir con una obligación financiera. Esto es especialmente cierto si no tiene cobertura de seguro médico.

Si cree que podría reunir los requisitos de ayuda financiera o de atención médica a precio reducido en base a sus ingresos, ayúdenos a evaluar su elegibilidad para recibir ayuda llenando este formulario y devolviéndonoslo.

También nos puede llamar al 757-233-4600 o al 877-768-3993. Esperamos ayudarle.

**Envíe su solicitud firmada con un
comprobante de ingresos por correo a:**

**Sentara Health
ATTN: Financial Assistance Coordinator
824 N. Military Hwy., #100
Norfolk, VA 23502**

Atención: si habla español, tiene a su disposición servicios lingüísticos gratuitos. Llame al 844-809-6648.

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-809-6648 번으로 전화해 주십시오.

注意: 如果您讲中文普通话, 则将为您提供免费的语言辅助服务。请致电 844-809-6648。

ATTENTION: Language assistance services are available to you free of charge. Call 844-809-6648.

Sentara complies with applicable Federal Civil Rights Laws and does not exclude, deny benefits to, or otherwise discriminate against any person on the grounds of race, culture, color, religion, marital status, age, sex, sexual orientation, gender identity, gender expression, national origin, disability, or source of payment.



Nombre del/de la paciente: _____ N.º de cuenta/visita#: _____
Patient Name Account / Visit #

Dirección del/de la paciente: _____
Patient Address

N.º de teléfono: _____ Fecha de admisión: _____
Phone # Admit Date

Fecha de alta: _____
Discharge Date

Monto total: _____ Descuento: _____
Total Charges Write Off Amount

Ayuda solicitada por: _____ Relación con el paciente _____
Assistance Requested by: Relationship to Patient

Enumere a cada miembro del hogar del/de la paciente, incluyendo al/a la paciente, como aparecen en la declaración de renta. Use hojas adicionales si es necesario.
List every member of the patient's household, including patient, as listed on the tax return. Use additional sheets if necessary.

NOMBRE <i>Name</i>	EDAD <i>Age</i>	RELACIÓN <i>Relationship</i>	INGRESOS BRUTOS MENSUALES <i>Gross Monthly Income</i>	FUENTE DE INGRESOS <i>Source of Income</i>

LLENE LA SIGUIENTE SECCIÓN SOBRE SUS ACTIVOS, PASIVOS, INGRESOS Y GASTOS:
PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING SECTION ON YOUR ASSETS, LIABILITIES, INCOME AND EXPENSES

¿Es dueño/a de su casa o la alquila? Propia Alquilada Monto mensual del alquiler o la hipoteca: \$ _____
Do you own or rent your home? Own Rent Monthly rent/mortgage amount

Monto mensual del alquiler o la hipoteca: \$ _____
Amount remaining on mortgage

¿Es dueño/a de su auto o lo alquila? Propio Alquilado Cuota mensual del auto: \$ _____
Do you own or lease your car? Own Lease Monthly car payment amount

Saldo restante del préstamo para el auto: \$ _____
Remaining car loan balance

¿Gastos básicos mensuales?
How much is your monthly living expense?

- Menos de \$500 dólares Entre \$500 y \$1000 dólares
Less than \$500 Between \$500 and \$1,000
- Entre \$1000 y \$2000 dólares Más de \$2000 dólares
Between \$1,000 and \$2,000 More than \$2,000

Ingresos totales de la familia en los últimos tres (3) meses \$ _____
Total family income for the last three (3) months

Saldo de la cuenta corriente \$ _____ Saldo de la cuenta de ahorros \$ _____
Checking Account Balance Savings Account Balance

Inversiones no relacionadas con jubilación \$ _____ Saldo de ahorros de jubilación \$ _____
Non-Retirement Investment Retirement Savings Balance

MARQUE SI RECIBE O CUENTA CON ALGUNA DE LAS SIGUIENTES FUENTES ADICIONALES DE RECURSOS:
PLEASE CHECK IF YOU RECEIVE OR HAVE ANY OF THE FOLLOWING ADDITIONAL RESOURCES

- Seguro comercial Seguro de veteranos Champus/Tricare Medicare Medicaid
Commercial Insurance Veteran's
- SNAP Cupones para alimentos TANF COBRA Otra, especifique: _____
Food Stamps Other, please specify

¿Este servicio se debió a un accidente para el cual pudiera tener un reclamo o estar representado/a por un abogado? _____
Was this service due to an accident in which you may have a claim or be represented by an attorney?

Si es así, ¿nombre e información de contacto del abogado? _____
If so, what is the attorney's name and contact information?

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Autorizo a Sentara Health a verificar esta información con los empleadores y otras agencias. También entiendo que agencias federales o estatales son susceptibles de revisar esta información. Entiendo además que se espera que yo solicite cualquier otra ayuda que pueda estar a mi disponibilidad.

I certify that the above information is true and correct. I authorize Sentara Hospitals to verify this information with employers and other agencies. I also understand that this information is subject to review by Federal and/or State Agencies. I also understand that I am expected to make application to any other help, which may be available to me.

Firma _____ Fecha de la solicitud _____
Signature Date Requested